



ASC ONCOLOGY

AN DIE KRANKENKASSE

ASC Oncology GmbH

KV-Team
Robert-Rössle-Str. 10 (Haus 79)
13125 Berlin
0800 6988667
kv.service@asc-oncology.com

ORT, DATUM

**Betreff: Antrag auf Kostenerstattung für das Reverse Clinical Engineering®
im Sinne einer Einzelfallentscheidung von:**

VORNAME, NAME

GEBURTSDATUM

VERS.-NR.

ADRESSE

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage die Kostenerstattung für die Chemosensitivitätstestung mittels Reverse Clinical Engineering® im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Der Umfang des Testverfahrens beläuft sich auf die folgenden Testungen vor Therapiebeginn auf klinisches (Nicht-)Ansprechen am Patienten-abgeleiteten 3D-Tumormodell:

- „Rudolf Virchow“ (Testung von bis zu 4 Medikamenten)
- „Henrietta Lacks“ (Testung von bis zu 8 Medikamenten)
- „Mina Bissell“ (Testung von bis zu 12 Medikamenten)

_____ zusätzliches Medikament / zusätzliche Medikamente
_____ zusätzliche Kombination(en) von Medikamenten

Der Gesamtpreis für die Sensitivitätstestung der unterschiedlichen Krebsmedikamente oder deren Kombinationen beträgt _____ Euro.

Die Begründung, Angaben zur Diagnose und zum Krankheitsverlauf, sowie eine fundierte Beschreibung der geplanten diagnostischen Methode, finden Sie im beiliegenden Brief meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes oder er wird Ihnen in Kürze zugeschickt.

NAME, VORNAME GESETZLICHE VERTRETUNG (FALLS ZUTREFFEND)

UNTERSCHRIFT PATIENT/PATIENTIN BZW. GESETZLICHE VERTRETUNG

Wir bitten Sie, die folgenden Informationen zu erfassen und an das Krankenversicherungs-Team von ASC Oncology zurückzusenden:

ANTRAGSTELLER

VORNAME, NAME **GEBURTSDATUM**

ADRESSE

GESCHÄFTSSTELLE

Anschrift der Geschäftsstelle, bei der Sie den Antrag auf Einzelfallerstattung eingereicht haben:

Name und Funktion des zuständigen Sachbearbeiters in der Geschäftsstelle:

Telefonnummer der Geschäftsstelle / des Sachbearbeiters:

E-Mailadresse der Geschäftsstelle / des Sachbearbeiters:

Diese Informationen bitte an das Krankenversicherungs-Team von ASC Oncology (NICHT an die Krankenversicherung) zurücksenden.

Per E-Mail kv.service@asc-oncology.com

Per Post ASC Oncology GmbH
KV-Team
Robert-Rössle-Str. 10 (Haus 79)
13125 Berlin

NUR VON ASC ONCOLOGY AUSZUFÜLLEN

OB-NUMMER

DATUM